

Alkohol w Europie: perspektywa zdrowia publicznego Raport dla Komisji Europejskiej – Podsumowanie

Alcohol in Europe. A Public Health Perspective A Report for the European Commission

Peter Anderson, Ben Baumberg

Institute of Alcohol Studies, Londyn

Wprowadzenie

Przygotowując strategię wobec alkoholu, która ma objąć pełen zakres działań na poziomie Unii Europejskiej (UE), Komisja Europejska zleciła przeprowadzenie analizy wpływu, jaki ma alkohol na zdrowie oraz życie społeczne i gospodarcze w Europie. Przedstawiony tu raport stanowi syntezę dotychczasowych prac przeglądowych, meta-analiz i pojedynczych artykułów, jak również danych dostarczonych bezpośrednio przez Komisję Europejską i Światową Organizację Zdrowia. Raport postrzega politykę wobec alkoholu jako politykę, która „poprzez swój wpływ na determinanty zdrowia działa w interesie zdrowia publicznego i społecznego dobrostanu”. Polityka wobec alkoholu jest integralną częścią polityki zdrowia publicznego, która może być określona jako proces „mobilizowania zasobów lokalnych, krajowych i międzynarodowych dla stwarzania warunków, w których ludzie mogą żyć w zdrowiu”. Cały raport operuje standardową terminologią Światowej Organizacji Zdrowia – wyspecjalizowanej agencji Organizacji Narodów Zjednoczonych.

Tłumaczenie z angielskiego Jacek Moskalewicz

Alkohol w Europie

Alkohol wyrabiany jest w Europie od tysięcy lat, zwykle z surowców dostępnych lokalnie. Napoje alkoholowe wykorzystywano w medycynie aż do początków XX wieku, do zarania nowoczesnej medycyny. Legislacja dotycząca alkoholu służyła przede wszystkim zapewnieniu porządku publicznego oraz regulacji rynku, a nie interesom zdrowia publicznego. Ten obraz uległ zmianie pod wpływem takich procesów jak industrializacja, rozwój komunikacji, a także odkrycia mocniejszych napojów destylowanych. Ruchy trzeźwościowe, które objęły większość naszego kontynentu w wieku XIX i na początku XX stulecia, były skierowane przede wszystkim przeciwko napojom spirytusowym, aby później poszerzyć pole swego działania na inne napoje alkoholowe. W końcu XX wieku ruchy trzeźwościowe straciły na znaczeniu w większości krajów Europy, choć nie we wszystkich.

Koncepcja alkoholizmu jako choroby zrodziła się również w XIX wieku, kiedy to w wielu krajach Europy powstawały azyle lub domy leczenia „alkoholików”. W ostatnich jednak dekadach nowy paradygmat zdrowia publicznego dominuje w dyskusji nad problemami, jakie rodzi konsumpcja alkoholu, poszerzając jej ramy i odchodząc od koncentrowania się na wąskiej grupie „alkoholików”. W dzisiejszej Europie alkohol ma wiele różnych znaczeń i zastosowań: od wspólnego, rodzinnego posiłku do rytuałów inicjacyjnych (*rite de passage*). Picie często podkreśla formalny charakter wydarzenia lub oddziela czas pracy od wypoczynku. Nietrzeźwość ma również znaczenie symboliczne, a jej zakres i charakterystyki różnią się znacznie w poszczególnych krajach europejskich.

Alkohol a gospodarka Europy

Europa ma kluczowe znaczenie dla globalnego rynku alkoholu. Z Europy pochodzi jedna czwarta jego produkcji i ponad połowa produkcji wina. Handel zagraniczny jest jeszcze bardziej skoncentrowany; 70% globalnego eksportu i tylko niewiele poniżej połowy światowego importu obejmuje kraje Unii Europejskiej (UE). Choć większość tego obrotu odbywa się między krajami UE, to wkład alkoholu do dodatniego bilansu handlowego UE wynosi 9 mld euro rocznie.

Trudno oszacować wartość przemytu w UE; Europejska Wysoka Grupa ds. Przestępczości Gospodarczej oceniała straty związane z nielegalnym obrotem alkoholem na 1,5 mld euro w 1996 roku. Zróżnicowane ceny odgrywają rolę w legalnych ponadgranicznych zakupach, w ramach których podróżni przywożą ze sobą napoje alkoholowe z krajów, gdzie alkohol jest tańszy. Według badań z niektórych krajów, co najmniej jeden na sześciu turystów przywozi ze sobą przeciętnie 2 litry czystego alkoholu.

W wielu krajach alkohol odgrywa istotną rolę w gospodarce. W 2001 roku w UE¹ wpływy z podatku akcyzowego sięgały 25 mld euro, nie licząc podatków od

¹ Austria, Belgia, Dania, Francja, Finlandia, Grecja, Hiszpania, Holandia, Irlandia, Luksemburg, Niemcy, Portugalia, Szwecja, Wielka Brytania i Włochy.

sprzedaży i innych podatków w obrocie handlowym, chociaż 1,5 mld euro wraca do systemu w ramach Wspólnej Polityki Rolnej. W związku z relatywną nieelastycznością popytu na alkohol, wysokość podatków jest lepszym predyktorem wpływów budżetowych niż poziom konsumpcji.

Alkohol tworzy miejsca pracy, w tym trzy czwarte miliona w produkcji (głównie wina), a także w systemie dystrybucji (sklepy, zakłady gastronomiczne). Jednakże wielkość systemu dystrybucji alkoholu nie zawsze określa jego znaczenie gospodarcze. Trendy w konsumpcji alkoholu nie korelują z wielkością zatrudnienia w restauracjach, barach i hotelach, co sugeruje słaby wpływ zmian w konsumpcji na poziom zatrudnienia. Zmniejszenie wydatków na napoje alkoholowe może przynieść przesunięcie popytu na inne obszary, czego ekonomiczne konsekwencje będą zależeć od charakteru tych nowych towarów i usług. Istnieje potrzeba rozwoju badań nad tym zagadnieniem. Według dzisiejszego stanu wiedzy, spadek konsumpcji alkoholu nie musi jednak prowadzić do utraty miejsc pracy w całej gospodarce.

Na podstawie przeglądu istniejących badań można szacować, że wymierne koszty, jakie poniosła UE w 2003 roku w związku z konsumpcją alkoholu wyniosły 125 mld euro (79–220 mld), co stanowi ekwiwalent 1,3% PKB (tyle mniej więcej co ostatnio oszacowane koszty palenia tytoniu). Niewymierne koszty obrazują wartość bólu, cierpienia i utraty życia, wiążące się ze szkodami w zakresie przestępczości, życia społecznego i zdrowia, których przyczyną jest alkohol. W 2003 roku ich wysokość szacowano na 270 mld euro, w przedziale od 150 do 760 mld. Mimo że te estymacje obejmują wiele obszarów, w których alkohol ma wpływ na życie człowieka, to ciągle jest jeszcze wiele innych obszarów, które nie weszły do estymacji kosztów ze względu na brak odpowiednich danych. Z drugiej strony, biorąc pod uwagę pozytywny wpływ alkoholu na zdrowie, estymacje kosztów nie uwzględniają innych korzyści społecznych z powodu braku odpowiednich badań.

Konsumpcja alkoholu w Europie

UE jest najbardziej rozpiętym regionem świata, mimo że obecne spożycie 11 litrów czystego alkoholu na dorosłego mieszkańca jest o cztery litry niższe w porównaniu ze spożyciem z połowy lat siedemdziesiątych. Ostatnie 40 lat przyniosło też harmonizację poziomów konsumpcji w UE15, gdzie wzrostowi spożycia w Europie środkowej i północnej w latach 1960–1980, towarzyszył spadek w Europie południowej. Średnia konsumpcja w UE10² jest również bardziej niż kiedykolwiek bliska konsumpcji w UE15, chociaż w krajach UE10 istnieje bardzo duże zróżnicowanie. Większość Europejczyków pije alkohol, chociaż 55 milionów dorosłych to abstynenci (15%). Biorąc pod uwagę konsumpcję nierejestrowaną, spożycie na jednego pijącego osiąga 15 litrów rocznie.

Nieco poniżej połowy konsumpcji przypada na piwo (44%), jedna trzecia – na wino (34%) i prawie jedna czwarta – na napoje spirytusowe (23%). W UE15 w krajach położonych na północy i w środku kontynentu pije się głównie piwo, pod-

² Cypr, Czechy, Estonia, Litwa, Łotwa, Malta, Polska, Słowacja, Słowenia i Węgry.

czas gdy w Europie południowej – głównie wino (z wyjątkiem być może Hiszpanii). Harmonizacja w tym zakresie jest widoczna dopiero od 40 lat. Konsumpcja alkoholu podczas kolacji obejmuje 40% okazji picia w UE15, jednak w południowej Europie pije się jeszcze dość często podczas lunchu. Mimo iż zasięg codziennego picia jest ciągle większy na południu Europy, to częsta konsumpcja jest coraz bardziej charakterystyczna dla krajów leżących w środku kontynentu. Także tutaj obserwuje się postępującą harmonizację wśród krajów UE15.

Rozpowszechnienie nietrzeźwości jest w Europie zróżnicowane. Przyznających się do upicia przynajmniej raz na miesiąc jest nieco mniej, niż w innych regionach, wśród mieszkańców południowej Europy. Ta zależność ulega osłabieniu, jeśli za miarę nietrzeźwości uzna się tzw. „picie do upicia” (*binge drinking*), które definiujemy poprzez ilość alkoholu wypitego przy jednej okazji. Spora rozbieżność między tymi dwoma wskaźnikami nietrzeźwości sugeruje zróżnicowanie gotowości do przyznania się do upicia lub duże zróżnicowanie czasu trwania „jednej okazji”. Badania nad „picciem do upicia” uchwyciły wyjątki od reguły w rozpowszechnieniu nietrzeźwości, szczególnie w odniesieniu do Szwecji, która ma najniższe w Europie wskaźniki „picia do upicia”. Podsumowując, w UE15 dorośli przyznają się do upicia przeciętnie 5 razy do roku, podczas gdy średnia liczba okazji, w których rejestruje się „picie do upicia” (co najmniej 5 drinków) wynosi 17 razy. Oznacza to, że 40 mln obywateli UE, według własnej oceny, pije zbyt wiele raz na miesiąc, a 100 mln (jeden na trzech) wypija ilość alkoholu wskazującą na „picie do upicia” przynajmniej raz na miesiąc. Dane z UE10 są mniej dostępne. Te którymi dysponujemy wskazują na to, że w miejsce wina pije się tam napoje spirytusowe, częstotliwość picia jest mniejsza, a za to częstotliwość „picia do upicia” – większa w porównaniu z UE15.

Chociaż 266 milionów dorosłych Europejczyków pije średnio nie więcej niż 20 gramów (kobiety) i 40 gramów etanolu (mężczyźni) dziennie, to ponad 58 milionów (15%) pije powyżej tego poziomu. Spośród tych ostatnich 20 milionów (6%) pije średnio dziennie powyżej 40 gramów (kobiety) i 60 gramów (mężczyźni). Patrząc bardziej na uzależnienie niż na ilość spożywanego alkoholu, można szacować, że 23 miliony Europejczyków (5% mężczyzn i 1% kobiet) jest uzależnionych od alkoholu.

We wszystkich badanych kiedykolwiek kulturach mężczyźni piją częściej i więcej niż kobiety. Różnica ta jest jeszcze większa przy picciu prowadzącym do zachowań ryzykownych. Mimo że wiele kobiet rzuca picie podczas ciąży, to znacząca ich liczba (25–50%) pije nadal, z czego poziom konsumpcji u niektórych z nich jest wyraźnie szkodliwy. Spożycie alkoholu zależy od statusu społeczno-ekonomicznego. Wśród osób o niskim statusie jest więcej abstynentów. Z drugiej strony, niezależnie od złożoności całego obrazu (i przeciwstawnych trendów dla kobiet i mężczyzn), prawdopodobieństwo upicia i uzależnienia jest również większe w przypadku osób o niższym statusie społeczno-ekonomicznym.

Blisko 90 procent 15–16-letnich uczniów piło alkohol przynajmniej raz w życiu. Przeciętnie inicjacja alkoholowa następuje w wieku 12,5 lat, a pierwsze upicie w wieku 14 lat. Przeciętna konsumpcja 15–16-latków przekracza 60 gramów alkoholu, a w południowej Europie zbliża się do 40 gramów. Ponad 1 na 8 (13%) 15–16-

latków przyznaje się do upicia więcej niż 20 razy w życiu, a 1 na 6 (18%) pił dla upicia (5+ drinków) przynajmniej 3 razy w ciągu ostatniego miesiąca. Choć w dwóch krajach po raz pierwszy w 2003 roku stwierdzono, według niektórych miar, więcej nietrzeźwości wśród dziewcząt, to na ogół chłopcy piją więcej i upijają się częściej niż dziewczęta, a różnica między obu płciami maleje nieznacznie. W latach 1995/99–2003 w większości krajów obserwowano wzrost rozpowszechnienia „picia do upicia” wśród chłopców, a w prawie wszystkich krajach wśród dziewcząt (dane te potwierdzają nie tylko badania ESPAD³, ale także kilka badań przeprowadzonych innymi metodami). Ogólnie obserwowano wzrost rozpowszechnienia nietrzeźwości i „picia do upicia” wśród młodzieży w latach 1995–1999 i mniej jednoznaczne trendy w latach 1999–2003.

Wpływ alkoholu na jednostkę

Mimo że picie alkoholu daje dużo przyjemnych odczuć, to alkohol zwiększa ryzyko wielu szkód społecznych w zależności od poziomu spożycia, tzn. im większa konsumpcja tym wyższe ryzyko szkód. Szkody wywołane przez picie mieszczą się w szerokim zakresie: od zakłóceń porządku publicznego, np. wyrwanie ze snu przez hałaśliwego pijaka, do bardziej poważnych konsekwencji, takich jak problemy małżeńskie, molestowanie dzieci, przestępczość, agresja czy morderstwo. Ogólnie rzecz biorąc, wyższy poziom spożycia pociąga za sobą poważniejsze przestępstwa i urazy. Poziom konsumpcji, częstotliwość picia i częstotliwość oraz ilość napadowego picia alkoholu, niezależnie od siebie zwiększają ryzyko przemocy, przy czym niekiedy picie napadowe może zakłócać zależność między poziomem konsumpcji i szkodami.

Alkohol jest narkotykiem powodującym uzależnienie. Niezależnie od tego jest przyczyną 60 różnego typu chorób, w tym urazów, zaburzeń psychicznych, chorób przewodu pokarmowego, nowotworów, chorób układu sercowo-naczyniowego, zaburzeń odporności, chorób płuc, chorób układu kostnego i mięśniowego, zaburzeń zdrowia reprodukcyjnego, szkód prenatalnych, nie wyłączając ryzyka zgonu niemowląt i niskiej wagi urodzeniowej. Dla większości chorób i zaburzeń działanie alkoholu jest proporcjonalne do wielkości przyjętej dawki. Wiele schorzeń, takich jak kardiomiopatia, zespół ostrego zaburzenia oddychania oraz uszkodzenia mięśni (miopatia), pojawia się w wyniku długotrwałej, wysokiej konsumpcji alkoholu. Jednak nawet w takich przypadkach ryzyko wystąpienia i natężenie szkód pozostaje w proporcji do wielkości spożycia. Częstotliwość i poziom napadowego picia znacznie zwiększają ryzyko urazów i niektórych chorób układu krążenia (choroba wieńcowa serca oraz udary).

Małe dawki alkoholu ograniczają ryzyko chorób serca. Dalszej dyskusji wymaga zarówno wielkość spadku ryzyka, jak i poziom konsumpcji, przy którym spadek jest największy. Lepsze jakościowo badania, biorące pod uwagę wpływ innych czynników, wskazują na to, że spadek ryzyka pojawia się przy niższych poziomach konsumpcji. W większości przypadków ograniczenie ryzyka można już osiągnąć przy konsumpcji 10 gramów alkoholu co drugi dzień. Powyżej optymalnego poziomu 20 gramów alkoholu dziennie, ryzyko choroby wieńcowej serca rośnie. Spadek ryzyka

³ European School Survey on Alcohol and Drugs

u osób w bardzo podeszłym wieku jest mniejszy. Ryzyko ulega zmianie pod wpływem alkoholu, a nie jakiegoś szczególnego typu napoju. Są doniesienia, choć nie potwierdzone we wszystkich badaniach, że alkohol może zmniejszać ryzyko otepienia naczynio-pochodnego, kamicy żółciowej i cukrzycy.

Ryzyko zgonu z powodu alkoholu jest wypadkową ryzyka chorób i urazów, które alkohol zwiększa i ryzyka chorób serca, które w starszych grupach wieku alkohol w małych dawkach – zmniejsza. Ta wypadkowa wskazuje na to, że – przynajmniej w Wielkiej Brytanii – poziom konsumpcji, przy którym ryzyko konsumpcji jest najmniejsze wynosi zero lub blisko zera dla kobiet poniżej 65 roku życia i mniej niż 5 gramów alkoholu dziennie dla kobiet w wieku 65 lat i więcej. Dla mężczyzn poziom konsumpcji o najmniejszym ryzyku wynosi zero poniżej 35 roku życia, około 5 gramów dziennie w średnim wieku i poniżej 10 gramów dziennie w wieku 65 lat i więcej (i prawdopodobnie zero w bardzo podeszłym wieku).

Ograniczenie lub rzucenie picia wpływa na poprawę stanu zdrowia osób pijących duże ilości alkoholu. Przynosi to szybką poprawę nawet w przypadku chronicznych chorób, takich jak marskość wątroby i depresja.

Wpływ alkoholu na Europę

Alkohol stanowi poważne obciążenie w wielu dziedzinach życia; obejmuje to szkody zdrowotne i społeczne. Siedem milionów dorosłych przyznaje się, że w ciągu ostatniego roku uczestniczyło w bójkach przy okazji picia alkoholu. Koszty gospodarcze przestępczości związanej z alkoholem szacowano w 2003 roku (na podstawie niewielkiej liczby badań z kilku krajów) na 33 mld euro. Koszty te dzielą się na wydatki policji, sądów i więziennictwa (15 mld), koszty prewencji przestępczości oraz administracji firm ubezpieczeniowych (12 mld euro), wartość utraconego mienia (6 mld euro). Szkody w mieniu w związku z piciem szacuje się na 10 mld euro. Niewymierne koszty zdrowotne i psychologiczne przestępczości mieszczą się w przedziale 9–37 mld euro.

Ocenia się, że 23 miliony Europejczyków jest uzależnionych od alkoholu. Niewymierne koszty, związane z bólem i cierpieniem rodzin, można szacować na poziomie 68 mld euro. Oszacowanie strat w odniesieniu do pracy jest trudniejsze. W UE15 pięć procent pracujących mężczyzn i dwa procent kobiet przyznaje jednak, że alkohol ma negatywny wpływ na ich pracę lub naukę. Na podstawie badań prowadzonych w kilku krajach można szacować straty z tytułu absencji chorobowej w przedziale 9–19 mld euro, a z tytułu wypadnięcia z rynku pracy w przedziale 6–23 mld euro.

Alkohol jest przyczyną około 195 tysięcy zgonów rocznie w Europie. Równocześnie jednak szacuje się, że alkohol opóźnia około 160 tysięcy zgonów osób w podeszłym wieku, dzięki profilaktycznemu działaniu na serce, głównie u kobiet po 70 roku życia (ze względu na problemy metodologiczne oszacowanie to wydaje się zawyżone). Bardziej odpowiednie oszacowanie daje w wyniku netto 115 tys. zgonów, spowodowanych przez alkohol u ludzi w wieku do 70 lat, czyli w przedziale wieku, w którym profilaktyczne działanie na zdrowie nie odgrywa dużej roli. Te oszacowania wymagają przyjęcia założenia zerowego poziomu konsumpcji. Przyj-

mując założenie niskiego poziomu konsumpcji, otrzymalibyśmy z pewnością znacznie bardziej negatywny bilans zgonów. W kategoriach DALY⁴ (utraconych lat życia powiększonych o lata życia w niesprawności) alkohol jest odpowiedzialny za 12% przedwczesnych zgonów i niesprawności wśród mężczyzn i 2% wśród kobiet, z uwzględnieniem korzyści zdrowotnych. W ten sposób alkohol staje się trzecim powodem zgonów i niesprawności w Europie, przed otyłością, a po papierosach i wysokim ciśnieniu.

Wpływ na zdrowie obejmuje szeroki przedział chorób i urazów, w tym 17 tys. zgonów rocznie w wypadkach samochodowych (1 na 3 wszystkich wypadków śmiertelnych), 27 tys. zgonów w wypadkach, 2000 zabójstw (4 na 10 wszystkich zabójstw i morderstw), 10 tys. samobójstw (1 na 6), 45 tys. zgonów na marskość wątroby, 50 tys. zgonów na nowotwory (z czego 11 tys. to zgony z powodu nowotworu piersi), 17 tys. zgonów na zaburzenia neuropsychiczne, jak również 200 tys. przypadków depresji (te ostatnie prowadzą do utraty 2,5 mln DALY's – utraconych lat życia powiększonych o lata życia w niesprawności). Koszt leczenia szacuje się na 17 mld euro, z czego 5 mld przypada na leczenie odwykowe i profilaktykę. Oceny kosztów utraconych lat życia można dokonać w kategoriach utraconej produktywności (36 mld euro, po wyłączeniu korzyści zdrowotnych) lub w kategoriach niewymiernej wartości życia (145–712 mld euro, po wyłączeniu korzyści zdrowotnych).

Udział młodych ludzi w tych kosztach jest nieproporcjonalnie duży, jeśli się weźmie pod uwagę, że 10% umieralności młodych kobiet i 25% umieralności młodych mężczyzn ma związek z alkoholem. Niewiele wiadomo na temat rozmiarów szkód społecznych ponoszonych przez młodych, chociaż 6 procent 15–16-latków w UE potwierdza, że alkohol miał swój udział w podjęciu stosunków seksualnych bez zabezpieczenia.

Alkohol odgrywa dużą rolę w zróżnicowaniu w umieralności między różnymi krajami Europy. Różnica surowych współczynników zgonów między UE15 a UE10, którą można przypisać działaniu alkoholu, wynosi 90 zgonów mężczyzn i 60 zgonów kobiet na 100 tys. ludności. Nierówności w zdrowiu w poszczególnych krajach mają też, w dużej mierze, związek z alkoholem, chociaż główna przyczyna może być inna w różnych krajach (np. marskość wątroby we Francji czy zgony związane z agresją w Finlandii). Gorszy stan zdrowia w uboższych regionach okazuje się też być związany z alkoholem. Wyniki badań sugerują, że umieralność związana bezpośrednio z alkoholem jest wyjaśniana bardziej przez fakt zamieszkania na uboższych obszarach, niż przez indywidualne czynniki ryzyka.

Konsekwencje picia dotyczą nie tylko samych pijących. Rocznie alkohol prowadzi do 60 tys. urodzeń z niedowagą i ma swój udział w 16% przypadków wykorzystywania i zaniechania dzieci. W rodzinach z problemem alkoholowym żyje 5–9 mln dzieci. Picie innych ma negatywne konsekwencje dla postronnych dorosłych, np. 10 tys. zgonów w wypadkach drogowych (z wyłączeniem zgonów nietrzeźwych kierowców) czy też znaczny odsetek trzeźwych ofiar przestępstw popełnionych przez nietrzeźwych. Część ekonomicznych kosztów alkoholu „finansowana” jest również przez inne osoby i instytucje, z czego znaczna część kosztów przestępstw (33 mld euro), opieki zdrowotnej (17 mld euro) i koszty absencji chorobowej (9–19 mld euro).

⁴ Disability Adjusted Life Years

Naturalne eksperymenty i analizy serii czasowych pokazują, że waga problemów zdrowotnych zależy od zmian w konsumpcji. Zmiany w konsumpcji odzwierciedlają przede wszystkim zmiany w spożyciu pijących najwięcej (na 10% najwięcej pijących przypada od 1/3 do 1/2 całkowitego spożycia alkoholu), ale także ilustrują obserwowaną od wielu lat tendencję, że zmiany w spożyciu mają charakter kolektywny, społeczny. Zmiana spożycia o jeden litr *per capita* pociąga za sobą największe zmiany w krajach o względnie niskiej konsumpcji (w krajach północnej Europy), ale również na południu kontynentu ma istotne znaczenie dla zgonów z powodu marskości wątroby, zabójstw (tylko mężczyźni), wypadków (tylko mężczyźni) i ogólnej umieralności (tylko mężczyźni). Choć można mówić, że ta większa „wrażliwość” na zmiany w konsumpcji w północnej Europie wiąże się z dominującym tam „wybuchowym” wzorem picia, to musi to mieć również związek z faktem, że zmiana o jeden litr jest proporcjonalnie większa w krajach o niskiej konsumpcji niż w krajach, gdzie konsumpcja jest wysoka. Ogólnie rzecz biorąc, szacuje się, że spadek konsumpcji o jeden litr *per capita* zmniejsza umieralność mężczyzn o 1% w południowej Europie i o 3% w północnej.

Ewaluacja polityki wobec alkoholu

Skuteczna polityka ograniczania nietrzeźwości w ruchu drogowym powinna obejmować możliwość losowego badania trzeźwości, obniżony dopuszczalny poziom alkoholu we krwi (PAK), możliwość i zawieszenia prawa jazdy i niższy poziom PAK dla młodych kierowców. Tylko nieliczne badania potwierdzają skuteczność takich programów jak „wyznaczony kierowca”⁵ czy „bezpieczne prowadzenie pojazdu”. Zabezpieczenia zapłonu, uniemożliwiające uruchomienie silnika nietrzeźwym, mają ograniczoną efektywność i tylko wtedy odnoszą skutek, kiedy są na stałe zamocowane w pojeździe. Z symulacji WHO wynika, że strategie losowego badania trzeźwości kierowców, w porównaniu z brakiem badań trzeźwości w ogóle, pozwoliłyby uniknąć w UE straty 111 tysięcy lat w związku z niepełną sprawnością lub przedwczesnym zgonem. Koszt losowego badania kierowców na taką skalę wyniósłby 233 mln euro rocznie.

Strategie opierające się na edukacji, komunikacji, szkoleniu i podnoszeniu świadomości opinii publicznej mają niewielki wpływ. Edukacja szkolna może objąć swoim zasięgiem znaczną część grupy docelowej, ze względu na łatwość dotarcia do niej w szkołach. Wpływ tej edukacji na całą populację jest jednak mały z uwagi na nieskuteczność lub niewielką jej skuteczność. Mimo to są już empiryczne podstawy do sformułowania rekomendacji co do poprawy edukacji szkolnej w zakresie alkoholu. Warto też podkreślić, że środki masowej komunikacji mają do odegrania szczególną rolę w podnoszeniu wrażliwości opinii publicznej na problemy, jakie rodzi picie i mogą przygotować grunt dla właściwych interwencji.

Istnieją mocne dowody na to, że polityka regulacji rynku alkoholowego ma duży wpływ na zasięg szkód związanych z piciem. Podatki od alkoholu są szczególnie

⁵ Programy „wyznaczony kierowca” mają ograniczać nietrzeźwość w ruchu drogowym, poprzez zachęcanie do wyznaczania trzeźwego kierowcy w grupie osób wyjeżdżających na imprezę, na której pije się alkohol.

ważne w odniesieniu do młodych ludzi i do szkód, jakie pociąga za sobą konsumpcja alkoholu. Podniesienie podatku akcyzowego o 10% w krajach UE15 zapobiegłoby ponad 9 tysiącom zgonów, przynosząc równocześnie 13 mld euro więcej wpływów budżetowych. Badania pokazują, że przedłużenie godzin sprzedaży alkoholu prowadzi do wzrostu przemocy. Modele wypracowane przez WHO szacują, że ograniczenie dostępności alkoholu o 24 godziny tygodniowo pozwoliłoby uniknąć straty 123 tysięcy lat, związanych z przedwczesnymi zgonami lub niesprawnością. Wprowadzenie i implementacja takich ograniczeń kosztowałaby 98 mln euro rocznie.

Ograniczenia nałożone na ilość i treść informacji handlowej mogą ograniczyć szkody związane z piciem. Reklamy mają szczególny wpływ na młodych ludzi, promując postawy pozytywne wobec picia i alkoholu. Niewiele wskazuje na to, że samoorganizacje przyjęte w tym zakresie przez przemysł są skuteczne. Modele wypracowane przez WHO szacują, że całkowity zakaz reklamy w krajach UE pozwoliłoby uniknąć straty 202 tysięcy lat, związanych z przedwczesnymi zgonami lub niesprawnością. Wprowadzenie i implementacja takich ograniczeń kosztowałaby 95 mln euro rocznie.

Mamy coraz więcej dowodów na to, że strategie skierowane na kontekst picia dają rezultaty. Strategie te znajdują przede wszystkim zastosowanie w barach i restauracjach, i zależą od adekwatnego ich egzekwowania. Podwyższenie minimalnego wieku picia będzie miało niewielkie znaczenie, jeśli w tle nie będzie wisiała groźba zabrania pozwolenia punktom sprzedaży uparczywie sprzedającym alkohol nieletnim. Strategie skierowane na kontekst picia są bardziej efektywne, jeśli stanowią element lokalnego programu profilaktycznego.

Coraz więcej badań potwierdza skuteczność krótkiej porady, szczególnie w podstawowej opiece zdrowotnej. Model WHO kosztów i korzyści systemu wprowadzenia krótkich porad w podstawowej opiece zdrowotnej, który dotarłby do 25% grupy ryzyka w krajach UE, pozwoliłoby uniknąć straty 408 tysięcy lat, związanych z przedwczesnymi zgonami lub niesprawnością. Wprowadzenie i implementacja takich ograniczeń kosztowałaby 740 mln euro rocznie.

Koszt wdrożenia, opartego na modelach WHO, pakietu efektywnych strategii i programów Unii Europejskiej – obejmującego losowe badanie trzeźwości kierowców, podatki, ograniczenia dostępności, zakaz reklamy i krótkie porady – wyniósłby rocznie 1,3 mld euro. Suma ta stanowi około 1% wszystkich mierzalnych kosztów, które ponosimy w związku z alkoholem i mniej więcej 10% szacowanych wpływów budżetowych, jakie przyniosłby 10-procentowy wzrost cen napojów alkoholowych w Unii Europejskiej. Szacuje się, że wdrożenie takiego pakietu pozwoliłoby na uniknięcie straty 1,4 mln lat, związanych z przedwczesnymi zgonami lub niesprawnością.

Polityka wobec alkoholu w Europie i na świecie

Układ Ogólny w Sprawie Taryf i Ceł (GATT) i Układ Ogólny w Sprawie Handlu Usługami (GATS) stanowią dwa najdonioślejsze zobowiązania międzynarodowe, które mają bezpośredni wpływ na politykę wobec alkoholu. Jak wykazują dotych-

czasowe doświadczenia, Światowa Organizacja Handlu (WTO) może uznać pierwszeństwo kwestii zdrowia nad handlem (np. zakaz importu azbestu), pod warunkiem poddania takiej polityki surowym testom.

W praktyce jednak znacznie większy wpływ na politykę wobec alkoholu ma prawo handlowe Unii Europejskiej. Większość kontrowersji związanych z alkoholem wynika z zasady zakazującej państwom narodowym bezpośredniej i pośredniej dyskryminacji podatkowej produktów pochodzących z innych państw UE. Od zasady tej nie przewiduje się wyjątków uzasadnionych względami zdrowotnymi, co ogranicza swobodę kształtowania polityki podatkowej w poszczególnych krajach. Z drugiej strony, coraz bardziej wpływowy Europejski Trybunał Sprawiedliwości (ECJ) jednomyślnie poparł zakaz reklamy alkoholu w Katalonii i we Francji, uznając, że „jest niekwestionowanym faktem, że reklama ma zachęcać do konsumpcji”.

Długofalowym celem Unii Europejskiej jest standardowy podatek akcyzowy, mający zmniejszać zakłócenia rynku, spowodowane dużym zróżnicowaniem cen i dużymi zakupami alkoholu w sąsiednich krajach. Prowadzi to do utraty wpływów budżetowych w krajach o wysokiej akcyzie oraz do silnej presji na obniżenie podatków, tak jak to miało miejsce w krajach nordyckich. Subsydia dla produkcji wina, w ramach Wspólnej Polityki Rolnej, wynoszą 1,5 mld euro rocznie. Polityczna i gospodarcza waga tych subsydiów, a w szczególności problem producentów wina, utrudniają postęp zgodny z interesami zdrowia publicznego.

Światowa Organizacja Zdrowia jest międzynarodową organizacją najbardziej aktywną w kwestiach polityki wobec alkoholu. Biuro Europejskie WHO podejmuje od lat inicjatywy zmierzające do ograniczenia szkód w 52 krajach członkowskich. Wśród tych inicjatyw trzeba wymienić Ramy Polityki wobec Alkoholu w Regionie Europejskim, Europejską Kartę w sprawie Alkoholu oraz dwie ministerialne konferencje, które potwierdziły potrzebę rozwoju polityki wobec alkoholu (i szerzej – polityki dotyczącej zdrowia publicznego), bez jakiegokolwiek wpływu interesów gospodarczych i komercyjnych.

Chociaż Unia Europejska nie może przyjąć praw ponadnarodowych w zakresie ochrony zdrowia (kraje członkowskie nie dały UE takiego mandatu), niektóre strategie związane z rynkiem mogą uwzględniać interesy zdrowia publicznego, tak jak na przykład odpowiedni paragraf w sprawie reklamy alkoholu w ramach Dyrektywy Telewizja bez Granic. W innych przypadkach działania UE w kwestii alkoholu odwołują się do tzw. „miękkich praw” obejmujących rezolucje i rekomendacje, wzywające kraje członkowskie do podjęcia odpowiednich działań.

Polityka krajów członkowskich wobec alkoholu

Każdy kraj Unii Europejskiej (UE) ma szczególne przepisy prawne i strategie, które odróżniają, często ze względu na interesy zdrowia publicznego, alkohol od innych towarów, których obrót prowadzi się na jego terytorium. Niezależnie od wszechobecności strategii alkoholowych, prawie połowa krajów UE nie ma ani programu ani ciała koordynującego politykę wobec alkoholu. Nawet w krajach, które mają

jakaś politykę, obejmuje ona często tylko jeden aspekt, przede wszystkim programy edukacyjne w szkołach. Wszystkie kraje mają też jakieś regulacje dotyczące alkoholu i ruchu drogowego; we wszystkich, za wyjątkiem Irlandii, Luksemburga i Wielkiej Brytanii, zgodnie z rekomendacją Komisji Europejskiej, dopuszczalny poziom alkoholu we krwi u kierowców nie może przekraczać 0,5 promila. Jednakże wielu kierowców uważa, że prawdopodobieństwo przyłapania ich na jeździe po alkoholu jest bardzo niewielkie, a co trzeci z nich nie wierzy, że kiedykolwiek zostanie poddany testowi na trzeźwość (odsetek ten jest nieco mniejszy w krajach dopuszczających losowe badanie trzeźwości).

Sprzedaż alkoholu poddana jest w większości krajów ograniczeniom, w kilku przypadkach poprzez monopole detaliczne, ale częściej przez system pozwoleń. Często pojawiają się również restrykcje co do lokalizacji miejsc sprzedaży alkoholu. Ponad jedna trzecia krajów (i niektóre regiony) ogranicza godziny sprzedaży, ale tylko niewiele z nich nakłada ograniczenia co do dni sprzedaży i gęstości sieci sprzedaży. Wszystkie kraje nie zezwalają na podawanie napojów alkoholowych w lokalach gastronomicznych młodzieży poniżej jakiejś granicy wieku, ale cztery kraje nie mają żadnej polityki, jeśli chodzi o sprzedaż alkoholu młodzieży w sklepach. Granica wieku sprzedaży napojów alkoholowych nie jest taka sama w różnych krajach; zwykle 18 lat w krajach Europy północnej i 16 lat w krajach Europy południowej.

Poziom kontroli nad marketingiem alkoholu jest zróżnicowany w zależności od typu działań marketingowych. Niezależnie od restrykcji dotyczących treści, reklama piwa w telewizji objęta jest różnymi ograniczeniami w ponad połowie krajów UE: w pięciu z nich obowiązuje całkowity zakaz reklamy piwa, a w 14 – zakaz reklamy napojów spirytusowych (reklama drukowana, w tym na billboardach, poddana jest słabszym restrykcjom), w jednej trzeciej z nich (głównie w UE10) nie obowiązują żadne ograniczenia. Najslabsze są regulacje dotyczące sponsoringu wydarzeń sportowych, jakiegokolwiek ograniczenia w tym zakresie obowiązują tylko w siedmiu krajach.

Mimo znacznego zróżnicowania stawek, polityka podatkowa stanowi jeszcze jeden spójny rys krajów europejskich. To zróżnicowanie stawek jest szczególnie dobrze widoczne w przypadku wina, które nie jest opodatkowane prawie w połowie krajów, ale w kilku krajach stawka podatkowa przekracza 1000 euro za hektolitr 100% alkoholu, z uwzględnieniem parytetu siły nabywczej. Ogólnie, najwyższe efektywne opodatkowanie alkoholu występuje w krajach Europy północnej, a najniższe w Europie południowej i w niektórych krajach Europy wschodniej. W 2004 roku kilka krajów wprowadziło specjalne opodatkowanie alkopopów, co zmniejszyło, jak się wydaje, ich konsumpcję.

Sprowadzenie różnych wymiarów polityki wobec alkoholu do jednej skali od 0 do 20, pokazuje na wysokie zróżnicowanie stopnia jej restrykcyjności: od 5,5 w Grecji do 17,7 w Norwegii, ze średnią dla całego Europejskiego Obszaru Gospodarczego (EEA) – 10,8. Najmniej restrykcyjna polityka występuje w krajach południa Europy i w niektórych krajach Europy wschodniej, a najbardziej restrykcyjna na północy Europy. Restrykcyjność nie zmienia się jednak płynnie z północy na południe, biorąc pod uwagę, na przykład, znaczną restrykcyjność polityki wobec alkoholu we Francji. Współczesny obraz polityki wobec alkoholu zmienił się bardzo w ciągu ostatnich 50 lat. Poziom restrykcyj-

ności w różnych krajach jest coraz bardziej zbliżony, przede wszystkim ze względu na bardziej aktywną politykę wielu krajów, szczególnie w zakresie trzeźwości kierowców – wszystkie kraje wprowadziły już próg trzeźwości. Daleko bardziej podobne, niż 45 lat temu, są regulacje dotyczące marketingu, granicy wieku, poniżej której zakup alkoholu jest zabroniony oraz struktury odpowiedzialnej za politykę wobec alkoholu.

KONKLUZJE

Alkohol i gospodarka Europy

Konkluzja 1

UE jako całość uzyskuje w handlu zagranicznym alkoholem wynik netto 9 mld euro. Obroty w handlu zagranicznym nie są w zasadzie zagrożone polityką zmierzającą do ograniczenia szkód związanych z alkoholem.

Konkluzja 2

Dochody budżetowe z alkoholu w UE15 wynosiły w 2001 roku 25 mld euro. Wielkość tych wpływów zależy bardziej od wysokości stawek podatku akcyzowego niż od poziomu konsumpcji alkoholu.

Konkluzja 3

Zmniejszenie konsumpcji niekoniecznie prowadzi do utraty miejsc pracy w gospodarce jako całości, a nawet w sektorach bezpośrednio związanych z alkoholem, takich jak restauracje i bary.

Spoleczne koszty związane z konsumpcją alkoholu

Konkluzja 4

Mierzalne koszty problemów alkoholowych w UE w 2003 roku szacowano na 125 mld euro, z czego 59 mld euro stanowiły koszty utraconej produktywności (absencja chorobowa, bezrobocie i lata pracy utracone z powodu przedwczesnych zgonów).

Konkluzja 5

Niewymierne koszty społeczne (obejmujące wartość, jaką ludzie są skłonni przypisywać cierpieniu i utraconemu życiu) szacuje się na 270 mld euro.

Konsumpcja alkoholu w Europie

Konkluzja 6

Chociaż różnice w spożyciu alkoholu i wzorach picia są nadal wyraźne, to są one znacznie mniejsze niż 40 lat temu, a podobieństwa znacznie większe niż to się zwykle sądzi. Lata 90. przyniosły wzrost „picia do upicia” wśród młodzieży. W ostatnich latach trendy obserwowane w różnych krajach idą w rozbieżnych kierunkach.

Konkluzja 7

Nietrzeźwość jest ważną przyczyną wypadków i urazów, w tym urazów związanych z przemocą, w całej Europie, nie wyłączając krajów południa Europy.

Konkluzja 8

To gdzie mieszkasz w Europie jest jednym z głównych determinantów szkód, których przyczyną jest alkohol.

Alkohol a zdrowie

Konkluzja 9

Alkohol odpowiada za 7,4% wszystkich niesprawności i przedwczesnych zgonów w UE.

Konkluzja 10

Alkohol jest przyczyną szkód nie tylko dla pijącego. Rocznie w UE rodzi się 60 tys. dzieci z niedowagą, której przyczyną jest alkohol, a 5,9 mln dzieci żyje w rodzinach z problemem alkoholowym. Co roku w „alkoholowych” wypadkach drogowych ginie 10 tys. osób, które nie prowadziły pojazdu.

Konkluzja 11

Alkohol jest źródłem nierówności w zdrowiu w krajach członkowskich UE i między tymi krajami. W porównaniu z krajami starej UE, w UE10 wskaźnik zgonów mężczyzn jest o 90 zgonów na 100 tys. mieszkańców wyższy, a wskaźnik zgonów kobiet – o 60 zgonów.

Alkohol a polityka rządów krajów UE

Konkluzja 12

Interwencje na rynku alkoholowym i odnoszenie z tego tytułu korzyści należy do kompetencji rządów narodowych. Dla przykładu 10% wzrost cen alkoholu w UE15 przyniósłby około 13 mld euro dodatkowych wpływów budżetowych już w pierwszym roku.

Konkluzja 13

Edukacja alkoholowa, która ogólnie biorąc wykazuje małą efektywność, jeśli chodzi o ograniczenie problemów, nie może stać się alternatywą środków regulacji rynku alkoholowego. Regulacje rynkowe mają zdecydowanie największy wpływ na ograniczanie szkód, głównie u pijących nadmiernie, a także u młodzieży.

Alkohol a polityka UE

Konkluzja 14

Zróżnicowanie w polityce wobec alkoholu w krajach UE, na przykład duże różnice w stawkach podatku, ograniczają zdolność poszczególnych krajów do prowadzenia efektywnej polityki.

Konkluzja 15

Polityka wobec alkoholu w różnych krajach szuka skutecznie legitymizacji w obronie interesów zdrowia publicznego (np. decyzja Trybunału Europejskiego z 2004 roku podtrzymująca ograniczenie reklamy alkoholu we Francji).

Rekomendacje

I. Definicja napoju alkoholowego

Rekomendacja	Realizatorzy
I.1. Polityka wobec alkoholu wymaga przyjęcia jednolitej definicji napoju alkoholowego we wszystkich krajach UE. Punktem wyjścia powinna być definicja dla celów podatkowych, określająca minimum zawartości alkoholu (0,5% alkoholu objętościowo)	Inst. europ. ⁶

II. Podstawy empiryczne polityki

Rekomendacje: badania naukowe	Realizatorzy
II.1. Należy stworzyć infrastrukturę organizacyjną i finansową do podejmowania międzynarodowych, porównawczych badań nad alkoholem	Inst. europ. KCiR ⁷
II.2. Należy stworzyć infrastrukturę służącą monitorowaniu i upowszechnianiu wyników badań nad polityką wobec alkoholu i płynących z nich rekomendacji (np. poprzez odpowiednie rejestry i bazy danych) i zapewnić jej finansowanie	Inst. europ. KCiR
II.3. Należy uruchomić wieloletni program badań nad alkoholem i zapewnić jego finansowanie ze środków publicznych	Inst. europ. KCiR
II.4. Należy zwiększać potencjał badawczy poprzez zapewnienie możliwości rozwoju zawodowego	Inst. europ. KCiR
Rekomendacje: przepływ informacji	
II.5. Należy powołać i zapewnić środki na działanie Europejskiego Centrum Monitoringu Alkoholowego, które miałyby stosownych partnerów we wszystkich krajach członkowskich	Inst. europ. KCiR
II.6. Należy włączyć wskaźniki problemów alkoholowych i polityki wobec alkoholu do listy Wskaźników Zdrowia Wspólnoty Europejskiej	Inst. europ.
II.7. Należy uruchomić program monitorowania sytuacji alkoholowej na podstawie porównywalnych dla wszystkich krajów wskaźników	Inst. europ. KCiR
II.8. Należy stworzyć bazę danych dotyczącą legislacji alkoholowej i skutecznej polityki wobec alkoholu – na poziomie UE, krajów członkowskich i społeczności lokalnych	Inst. europ. KCiR Samorządy lokalne ⁸

III. Przygotowanie i wdrażanie strategii i programów działania

Rekomendacje: strategie i programy działania	Realizatorzy
III.1. Należy wzmocnić rolę punktu kontaktowego ds. polityki wobec alkoholu w Komisji Europejskiej, zapewnić mu odpowiednie kadry i adekwatne finansowanie w celu monitorowania europejskiej polityki wobec alkoholu oraz wdrażania alkoholowej strategii Komisji	Inst. europ.
III.2. Na wszystkich szczeblach implementacji należy stworzyć lub wzmocnić mechanizmy koordynacyjne oraz powołać punkty kontaktowe ds. polityki wobec alkoholu, zapewniając im odpowiednie finansowanie	Inst. europ. KCiR Samorządy lokalne
III.3. Należy przygotować i wdrażać „alkoholowe” programy działania z jasno zdefiniowanymi celami, strategiami ich realizacji i grupami docelowymi	Inst. europ. KCiR Samorządy lokalne
III.4. Należy stworzyć przewidywalny system finansowania organizacji, programów i zasobów ludzkich zaangażowanych w ograniczanie szkód spowodowanych przez alkohol. Należy przeanalizować zasadność wprowadzenia mechanizmu przeznaczania stałej proporcji z podatków od alkoholu na finansowanie tych zadań	Inst. europ. KCiR Samorządy lokalne
III.5. Należy promować politykę wobec alkoholu w społeczeństwie obywatelskim i wśród polityków poprzez „kampanie budzenia świadomości”	Inst. europ. KCiR Samorządy lokalne
III.6. Należy regularnie wydawać raporty na temat alkoholu i docierać z nimi do szeroko rozumianej opinii publicznej	Inst. europ. KCiR Samorządy lokalne

⁶ Inst. europ. – instytucje europejskie (European Institutions)

⁷ KCiR – kraje członkowskie i regiony krajów członkowskich (Member States and regions within Member States)

⁸ Samorządy lokalne (Municipal)

IV. Inne strategie i działania, w tym współpraca międzynarodowa

Rekomendacje: ocena wpływu polityki gospodarczej UE	Realizatorzy
IV.1. Polityka zdrowia publicznego musi monitorować zagrożenia immanentnie tkwiące w procesie liberalizacji handlu. W negocjowanych traktatach i umowach handlowych powinno się brać pod uwagę ich konsekwencje zdrowotne	Inst. europ. KCiR
IV.2. Należy podjąć badania i analizy określające najbardziej korzystne dla UE i świata strategie w polityce wobec alkoholu, które równocześnie zapewnią poprawne stosunki między krajami lub grupami krajów	Inst. europ. KCiR
IV.3. Należy dokonać pełnej oceny wpływu polityki Wspólnoty Europejskiej (w tym polityki rolnej) na szkody i koszty spowodowane przez konsumpcję alkoholu	Inst. europ.

V. Ograniczanie nietrzeźwości w ruchu drogowym

Rekomendacje: alkohol w ruchu drogowym	Realizatorzy
V.1. Należy wprowadzić maksymalny dopuszczalny poziom alkoholu we krwi nie przekraczający 0,5 promila w całej Europie lub niższy tam, gdzie obowiązują niższe progi	Inst. europ. KCiR
V.2. Należy wprowadzić maksymalny dopuszczalny poziom alkoholu we krwi, nie przekraczający 0,2 promila dla młodych kierowców i dla kierowców zawodowych w całej Europie lub niższy tam, gdzie obowiązują niższe progi	Inst. europ. KCiR
V.3. Należy wdrożyć nieograniczone prawo testowania kierowców w całej Europie na obecność alkoholu w wydychanym powietrzu, z wykorzystaniem standardowych instrumentów pomiarowych	Inst. europ. KCiR
V.4. Należy wprowadzić wspólny system (standardy) karania kierowców, z karami rosnącymi wraz ze zwiększającym się stężeniem alkoholu we krwi	Inst. europ. KCiR
V.5. Należy wprowadzać, oparte na wynikach badań naukowych, programy edukacyjne, rehabilitacyjne i terapeutyczne dla ukaranych kierowców	Inst. europ. KCiR
V.6. Należy przeprowadzić europejską kampanię medialną wspierającą działania wobec nietrzeźwości w ruchu drogowym	Inst. europ.
V.7. Należy uzależnić dalsze finansowanie i wdrażanie kampanii promujących ideę „wyznaczonego kierowcy” od ewaluacji wpływu dotychczasowych kampanii na ograniczenie wypadków i urazów w ruchu drogowym	Inst. europ. KCiR
V.8. Należy zapewnić efektywne szkolenie pracowników gastronomii, hotelarstwa, rozrywki w celu ograniczenia ryzyka prowadzenia pojazdów pod wpływem alkoholu	Samorządy lokalne
V.9. Należy wdrażać w społecznościach lokalnych kompleksowe programy ograniczenia ryzyka prowadzenia pojazdów pod wpływem alkoholu. Programy takie powinny obejmować planowanie przestrzenne i transport publiczny	Samorządy lokalne

VI. Edukacja, komunikacja, szkolenia a opinia publiczna

Rekomendacje	Realizatorzy
VI.1. Programy edukacyjne nie powinny być wdrażane autonomicznie jako jedyny instrument polityki wobec alkoholu, zmierzający do obniżenia szkód spowodowanych przez alkohol, ale jako środek podnoszący świadomość w dziedzinie problemów związanych z alkoholem i przygotowujący grunt dla wprowadzenia nowych rozwiązań w polityce wobec alkoholu	KCiR Samorządy lokalne
VI.2. Należy zapewnić finansowanie badań ewaluacyjnych skuteczności tych programów edukacyjnych, które dają obiecujące rezultaty	KCiR Samorządy lokalne
VI.3. Programy edukacyjne o szerokim zasięgu należy wprowadzać od wczesnego dzieciństwa w celu informowania młodych ludzi o szkodliwych konsekwencjach spożywania alkoholu (dla zdrowia, rodziny i społeczeństwa) oraz o skutecznych środkach zapobiegania i ograniczania szkód	KCiR Samorządy lokalne
VI.4. Programy edukacyjne importowane z innych krajów lub kultur wymagają, przed ich wdrożeniem na szeroką skalę, ewaluacji w nowych warunkach	KCiR Samorządy lokalne
VI.5. Kampanie medialne powinny przede wszystkim informować o nowych inicjatywach w polityce wobec alkoholu i budzić ich świadomość w społeczeństwie obywatelskim	Inst. europ. KCiR Samorządy lokalne

VII Ostrzeżenia na opakowaniach

Rekomendacje: napisy ostrzegawcze na opakowaniach	Realizatorzy
VII.1. Pojemniki, w których sprzedawane są produkty alkoholowe powinny być opatrzone w ostrzeżenie, sformułowane przez odpowiednie agencje ds. zdrowia, opisujące szkodliwe następstwa picia dla prowadzących pojazdy i operatorów maszyn, kobiet w ciąży oraz dla osób w innych okolicznościach	Inst. europ. KCiR
VII.2. Opakowania i etykiety produktów alkoholowych w żadnym przypadku nie powinny stwarzać mylnego wrażenia co do zdrowotnych konsekwencji picia oraz pośrednio lub bezpośrednio zachęcać nieletnich do picia	Inst. europ. KCiR

VIII. Polityka regulacji rynku alkoholowego

Rekomendacje: podatki, zakupy transgraniczne, przemysł	Realizatorzy
VIII.1. Minimalne stawki podatkowe na napoje alkoholowe powinny być podwyższone wraz z inflacją, powinny być przynajmniej wprost proporcjonalne do zawartości, jak również pokrywać przynajmniej zewnętrzne koszty związane z konsumpcją alkoholu, oszacowane zgodnie z przyjętą standardową metodologią	Inst. europ. KCiR
VIII.2. Kraje członkowskie powinny zachować swobodę w zakresie wykorzystania podatków jako instrumentu rozwiązywania specyficznych problemów, które mogą powstać w związku z konsumpcją konkretnych napojów, na przykład takich, które adresowane są do młodych ludzi	KCiR
VIII.3. Produkty alkoholowe powinny być tak oznakowane, żeby można było znać ich pochodzenie oraz drogę do konsumenta. Takie oznakowanie umożliwią oszacowanie wartości alkoholu przemycanego do UE i wewnątrz UE	Inst. europ. KCiR
VIII.4. Kraje członkowskie powinny mieć możliwość elastycznego ograniczania zakupów transgranicznych, tak aby zmniejszyć ich wpływ na politykę podatkową poszczególnych krajów	Inst. europ. KCiR
Rekomendacje: minimalny wiek zakupu alkoholu i jego dostępność	Realizatorzy
VIII.5. Należy wprowadzić w Europie minimalne standardy licencjonowania obrotu alkoholem bez naruszania istniejących standardów tam, gdzie są one silniejsze	Inst. europ. KCiR Samorządy lokalne
VIII.6. Sprzedaż produktów alkoholowych osobom poniżej wieku określonego przez miejscowe lub krajowe prawa, a w każdym razie poniżej 18 roku życia powinna być zakazana. Należy utrzymać obowiązującą granicę wieku tam, gdzie jest ona wyższa niż 18 lat	KCiR Samorządy lokalne
VIII.7. Kraje lub regiony, w których istnieją ograniczenia co do liczby punktów sprzedaży i gęstości ich sieci, lokalizacji punktów sprzedaży oraz czasu ich otwarcia, nie powinny liberalizować dotychczasowej polityki. Kraje, które nie mają takich regulacji lub mają je w bardzo ograniczonym zakresie powinny poddać analizie możliwe skutki ich wprowadzenia lub zaostrzenia już istniejących	KCiR Samorządy lokalne
VIII.8. Zapewnienie przestrzegania prawa w zakresie dostępności alkoholu wymaga uruchomienia systemu surowych sankcji wobec sprzedawców i dystrybutorów, włącznie z czasowym lub stałym cofnięciem licencji lub zamknięciem punktu sprzedaży	Samorządy lokalne
Rekomendacje: informacja handlowa	Realizatorzy
VIII.9. Należy stworzyć jednokowe warunki dla informacji handlowej w Europie, oparte na obowiązujących dotychczas przepisach krajów członkowskich, z długofalowym celem wprowadzenia zakazu reklamy w telewizji i w kinach, zakazu sponsoringu i ograniczenia komunikatów i przekazów reklamowych do informacji o jakości produktu	Inst. europ. KCiR
VIII.10. Należy wzmocnić artykuł 15 Dyrektywy Telewizja bez Granic zarówno w zakresie liczby, jak i treści przekazów. Należy zlecić analizę jego przestrzegania w krajach członkowskich	Inst. europ. KCiR
VIII.11. Samoograniczenia w zakresie informacji handlowej, przyjęte przez przemysł alkoholowy, muszą być monitorowane i oceniane przez organ od przemysłu niezależny	Inst. europ. KCiR

IX. Ograniczanie szkód dla pijącego i jego środowiska

Rekomendacje	Realizatorzy
IX.1. W ograniczaniu szkód wynikających z nietrzeźwości, szczególnie dla społeczności lokalnych, należy wykorzystać planowanie przestrzenne, programy lokalne, przepisy i ograniczenia w zakresie udzielania pozwoleń na sprzedaż alkoholu, zarządzanie transportem oraz zarządzanie przestrzenią wokół miejsc konsumpcji alkoholu	Samorządy lokalne
IX.2. Należy wdrożyć system efektywnego szkolenia dla przedstawicieli sektora usług w celu ograniczenia szkodliwych następstw nietrzeźwości i szkodliwych wzorów picia	Sektor alkoholowy
IX.3. Należy wdrożyć system kontroli i egzekwowania przepisów dotyczących sprzedaży napojów alkoholowych, zwłaszcza wobec punktów sprzedaży, w których obserwuje się podwyższone ryzyko szkód	Samorządy lokalne
IX.4. Należy uruchamiać w społecznościach lokalnych zasobne, wielosektorowe programy, których celem byłoby stworzenie bezpieczniejszych warunków konsumpcji alkoholu i ograniczenie szkód powodowanych przez alkohol	Samorządy lokalne

X. Poradnictwo w zakresie ryzykownego i szkodliwego picia oraz uzależnienia od alkoholu

Rekomendacje	Realizatorzy
X.1. Należy wypracować zintegrowane, oparte na wynikach badań, procedury krótkiej porady w sytuacji ryzykownego i szkodliwego picia, i doprowadzić do ich wdrożenia w różnych placówkach, dążąc do harmonizacji poziomu jakości i dostępności opieki	KCiR Samorządy lokalne
X.2. Należy zapewnić szkolenie i programy wspierające wdrożenie krótkiej porady dotyczącej ryzykownego i szkodliwego picia w różnych placówkach, dążąc do harmonizacji poziomu kwalifikacji w podstawowej opiece zdrowotnej	KCiR Samorządy lokalne
X.3. Należy udostępnić środki zapewniające szeroki dostęp do programów identyfikacji i poradnictwa dotyczących ryzykownego i szkodliwego picia oraz uzależnienia od alkoholu	KCiR Samorządy lokalne

Adres do korespondencji

Dr. Peter Anderson

Strandvejen 97, 1tv

2900 Hellerup

Denmark

Tel. (45) 39 29 41 11

e-mail PDAnderson@compuserve.com